

**CONSENT TO PARTICIPATE IN THE PROGRAM: AGAINST COLORECTAL  
CANCER IN OUR NEIGHBORHOODS (ACCION) Program**

1. **Why is this program being offered?** This program hopes to reduce the effect of colorectal cancer in XXX through early detection and prevention. We are targeting 50-75 year old men and women, residents of XXX, who do not have health insurance. Your participation in this program is completely voluntary.
2. **What does the program offer?** Depending on your eligibility, you may be entitled to one or all of the following services: (1) Education about colorectal cancer and screening (“Education”); (2) No-cost colorectal cancer screening (“Screening”); or (3) Assistance with scheduling appointments or identifying needed services(“Navigation”)
3. **What will happen during this program (subject to my eligibility)?**

- a) If you are eligible for the Screening, Education and Navigation,** you will qualify for either a fecal immunochemical test (FIT) which is a take home stool blood test that you return by mail or a colonoscopy, depending on your personal and family history. In the event your FIT test is abnormal, you may also need a colonoscopy. The navigator will help to schedule a pre-colonoscopy visit and the colonoscopy appointment. As a condition of your participation in this Program, we will receive and have access to your lab reports from any tests done through our Program and will send you and your personal doctor all results as long as you have provided us with their name and address. Your participation in this Program and its services may be discontinued if new information is obtained, or if your circumstances change.

**If the colonoscopy indicates a diagnosis of cancer, medical care and treatment is not covered by this Program.** Our navigator will assist you in identifying programs and/ or funding that you may be eligible for regarding potential medical treatment opportunities. **However, we cannot guarantee that you will qualify for any particular program.** As a condition of your participation in this Program, we may need your permission to get information about any follow-up treatment from your doctor, so that we can evaluate our Program.

- **Do you agree to these services? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**
  - **May we contact you in the future to let you know about other programs or studies you might qualify for? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**  
**Go to pg. 4 for signature**
- I understand I qualify for the **Education** portion of this Program only. Each person will receive education either through a group or individual session and each session will last about XX minutes. The education will be given by a community health worker or promotora.
- **Do you agree to these services? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**
  - **May we contact you in the future to let you know about other programs or studies you might qualify for? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**  
**Go to pg. 4 for signature**

- **Education/Navigation.** I understand I qualify for the Education and Navigation portion of the Program. I will receive an education session either through a group or individual format from a community health worker or promotora that will last about XX minutes. I will receive a blue flyer from the XXX that also has the ACCION program information on it. Please give to your doctor so that he can talk to you about colorectal cancer screening.

- **Do you agree to these services? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**
- **May we contact you in the future to let you know about other programs you might qualify for? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**  
**Go to pg. 4 for signature**

- I understand I qualify for **Navigation or assistance with finding the care that I need.** I will receive an education session either through a group or individual format from a community health worker or promotora that will last about XX minutes. The ACCION navigator will contact me to help me to identify appropriate follow up care that I might need.

**Treatment is not covered by this program.** Our navigator will assist you in identifying programs and/ or funding that you may be eligible for. **However, we cannot guarantee that you will qualify for any particular program.** We may need your permission to get information about your treatment from your doctor, so that we can evaluate the program.

- **Do you agree to these services? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**
- **May we contact you in the future to let you know about other programs or studies you might qualify for? (please initial) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**  
**Go to pg. 2 for signature**

4. **How much of my time will it take to receive the services offered by the program?** It will take about XX minutes of your time. The FIT test requires you to take the test home and take 3 samples of stool over a 3 day period. If you need a colonoscopy, one day of preparation time is needed, plus one day is needed for the procedure.
5. **What about confidentiality and the privacy of my records?** Your involvement in this program will be kept confidential to the extent required by law. The program sponsor, the XXX, can review the program records, but the sponsor is not allowed to remove or copy information that identifies you by name.
6. **Who is funding this program?**  
XXXX, Department of XXXX is providing the space and supplies for this program. XXX is funding this program. This means that XXXX is being paid to support the activities that are required to carry out the program service.
7. **Can I stop being in the ACCION program?** You may leave the program at any time.
8. **Can someone else end my participation in the program?** Under certain circumstances the ACCION program sponsor may decide to end your participation in this program earlier than planned. This might happen because services or funds become limited or you have become ineligible due to obtaining health care coverage, including Medicare/Medicaid, or through the Affordable Care Act. We may contact you in the future to ask you about your satisfaction

with the program or other program related questions.

- 9. A copy of your records will be maintained by ACCION program. If you need copies please contact (XXX) XXX-XXXX.

**Contact Information for the Program**

If you have questions or issues about the program or are having trouble using your gift card (only applicable to the Education/Navigation participants) please call the ACCION program line at:

**(915) 215-5588.** You may also write to  
Dr. XXXX XXXXXX, ACCION Program Director, Department of XXX,  
Address

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

**Your signature indicates that**

- this program has been explained to you;
- you've been given the opportunity to ask questions;
- you accept your responsibility to follow the instructions given to you by the promotora team regarding the CRC tests and the activation of the gift card (if applicable)
- you agree to take part in this program
- You certify that the information that you have given is true and correct to the best of your knowledge. You understand that if you give false information you may not qualify to participate in this program and receive the services listed above.

**You will be given a signed copy of this form.**

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Participant

\_\_\_\_\_  
Signature of Participant

\_\_\_\_\_  
Date Time

|  |               |               |
|--|---------------|---------------|
| _____<br>Signature of Witness to Oral Presentation | _____<br>Date | _____<br>Time |
|--|---------------|---------------|

I have discussed this program service with the participant and his or her authorized representative, using language that is understandable and appropriate. I believe I have fully informed the participant of the benefits, and I believe the participant understands this explanation. I have given a copy of this form to the participant.

Promotora Printed Name and phone number:



## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA: AGAINST COLORECTAL CANCER IN OUR NEIGHBORHOODS (ACCION) Programa

1. **¿Por qué se esta ofreciendo este programa?** Este programa ha sido implementado para reducir el efecto que tiene el cáncer colorrectal en la comunidad de XXX a través de prevención y detección temprana. Estamos invitando a mujeres y hombres entre 50-75 años de edad, quienes son residentes del condado de XXX, y que no tienen seguro médico.
2. **¿Qué ofrece el programa?** Dependiendo de su elegibilidad, puede tener derecho a uno o todos los servicios siguientes: (1) Educación sobre cáncer colorrectal y detección ("Educación"); (2) Prueba de detección de cáncer colorrectal sin costo ("Screening"); O (3) Asistencia para programar citas o identificar los servicios necesarios ("Navegación")
3. **¿Qué sucederá durante este programa?** Esto depende de su elegibilidad.

**Si usted es elegible para el Prueba de detección de cancer colorectal sin costo, educación y navegación,** usted calificará para una prueba inmunoquímica fecal (FIT) que es un examen de sangre de heces en casa que usted devuelve por correo o una colonoscopia, dependiendo de sus antecedentes personales y familiares. En caso de que su prueba FIT sea anormal, también puede necesitar una colonoscopia. La navegadora le ayudará a programar una visita pre-colonoscóptica y la cita con colonoscopia. Como condición para su participación en este Programa, recibiremos y accederemos a sus informes de laboratorio de cualquier prueba realizada a través de nuestro Programa y le enviaremos a usted ya su médico personal todos los resultados siempre y cuando nos haya proporcionado su nombre y dirección. Su participación en este Programa y sus servicios puede interrumpirse si se obtiene nueva información o si cambian sus circunstancias.

**Si se le diagnostica cancer, el tratamiento no está cubierto por este programa.** Sin embargo, nuestra navegadora le ayudará a buscar programas y fondos para los cuales usted pueda ser elegible. Sin embargo, no podemos garantizar que usted será elegible para un programa particular. Como condición para participar en este Programa, es posible que necesitemos su permiso para obtener información sobre cualquier tratamiento de seguimiento de su médico, para que podamos evaluar nuestro Programa.

- **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios? (Por favor marque uno)**  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique? (Por favor marque uno)**  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**EDUCACION SOLAMENTE.** Entiendo que si califico para la parte de Educación de este Programa solamente. Cada persona recibirá educación a través de un grupo o sesión individual y cada sesión durará aproximadamente 30 minutos. La educación será impartida por una promotora.

- **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios? (Por favor marque uno)**  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique? (Por favor marque uno)** Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**○ EDUCACION/NAVEGACION.** Entiendo que si califico para la educación/navegación solamente. Recibirá la educación en forma individual o en grupo. Cada sesión educativa durará unos XX minutos y se llevará a cabo por una promotora de salud. También recibirá un volante azul de XXX que también tiene información del programa de ACCION. Le pedimos que se lo entregue a su médico para que hablen sobre los exámenes de detección del cáncer colorectal. Será contactado en el futuro para investigar si usted se hizo un examen de revisión.

- **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios? (Por favor marque uno)**  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- **El participante califica para el incentivo: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_**
- **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique? (Por favor marque uno)**  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**○ NAVEGACION.** Entiendo que si califico para la navegación solamente. Recibirá la educación en forma individual o en grupo. Cada sesión educativa durará unos XX minutos y se llevará a cabo por una promotora de salud. La navegadora de ACCION se pondrá en contacto con usted para obtener más información para ayudarle a conseguir un seguimiento adecuado para tratamiento.

**Si se le diagnostica cáncer, el tratamiento no está cubierto por este programa.** Sin embargo, nuestra navegadora le ayudará a buscar programas y fondos para los cuales usted pueda ser elegible. Sin embargo, no podemos garantizar que usted será elegible para un programa particular. Vamos a necesitar su autorización para obtener información de su médico sobre su tratamiento para poder evaluar el impacto de nuestro programa.

- **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios? (Por favor marque uno)**  
Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
- **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique? (Por favor marque uno) Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_**

4. **¿Cuánto tiempo tendré que dedicarle a los servicios de este programa?** Tomará aproximadamente XX minutos de su tiempo. El examen FIT que estaremos proveendo, necesita que lleve el examen a casa y que obtenga 3 ejemplares de excremento a través de un periodo de 3 días. Si es que necesita una colonoscopia un día de preparación es necesario, también necesitará un día para el procedimiento.
5. **¿Que ocurre con la confidencialidad y la privacidad de mis registros médicos?** Su participación en este programa se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley. El patrocinador del programa, el Instituto de Investigación para la XXX puede revisar los registros de los programas, pero al patrocinador no se le permite eliminar o copiar la información que lo identifica a usted por su nombre.
6. **¿Quién financia este programa?** XXX, Departamento de XXX, provee el espacio y los materiales para este programa. XXX está financiando este programa. Esto significa que XXX ha sido pagado para apoyar a las actividades que se requieren para llevar a cabo los servicios.

7. **¿Puedo interrumpir mi participación en el programa?** Usted puede abandonar el programa en cualquier momento.

8. **¿Podría alguien interrumpir mi participación en el estudio?**

En algunas circunstancias el programa ACCION podrían decidir interrumpir su participación en este programa antes de lo previsto. Esto podría ocurrir debido a que usted ya no este elegible para el servicio (por ejemplo si usted obtiene seguro medico, Medicare/Medicaid of Affordable Care Act) o debido a que sus servicios o fondos han sido limitados. Le podremos contactar en el futuro para hacerle preguntas sobre su satisfacción con el programa o preguntas relacionadas.

9. Una copia de sus registros será mantenida por el programa ACCION. Si necesita copias, por favor llame al (XXX) XXX-XXXX.

**Contacto de Información del Programa**

Si tiene preguntas o dudas acerca del programa o tiene problemas usando su tarjeta de regalo (solamente aplica a los participantes de Educación/Navegación) por favor de llamar a la linea del programa ACCION al (XXX)XXX-XXXX. Ud. también puede mandar una carta a la:

Dr. XXXX XXXXX, Director del Programa de ACCION  
Dirección

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**Su firma indica que**

- **le han explicado los servicios de este programa;**
- **le han dado la oportunidad de hacer preguntas;**
- **usted acepta su responsabilidad de seguir las instrucciones acerca de las pruebas de detección del cancer colorectal dadas a usted por el equipo de promotoras y la activación de la tarjeta de regalo (si califica)**
- **usted está de acuerdo en participar en este estudio**
- **usted certifica que la información que ha dado es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento. Usted entiende que al dar información falsa podría no calificar para recibir servicios.**

**Se le entregará una copia firmada de este documento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Firma de representante autorizado (si aplicable)

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

Serv \_\_\_\_\_  
Firma del testigo de la presentación oral Fecha Hora } 3 -

He hablado acerca de los servicios del programa con el participante y su representante autorizado, utilizando un lenguaje comprensible y apropiado. Creo que he informado totalmente al participante sobre los posibles riesgos y beneficios, y creo que el participante ha comprendido esta explicación. Le he entregado al participante una copia de este formulario.

Firma de promotora y numero de telefono

---